



# 가입 신청서

Sign-up form

건강 계획 선택과 원하는 의사를 요청합니다.

케이스 번호		
클라이언트 이름		
클라이언트 주소		
시	주	우편 번호

1-800-562-3022( 장애자용 전용전화는 1-800-848-5429)로 전화해 가입하셨다면 귀하는 이 신청서를 작성할 필요가 없습니다.

## 1. 귀하의 건강 계획을 선택하십시오.

귀하는 어떤 건강 계획에 가입할 필요가 있습니다. 귀하의 의료 확인 카드 상에 있는 모든 사람이 같은 계획에 가입해야 합니다.

- 귀하가 가입할 수 있는 건강 계획들에 대해 더 알려면 이 서류들 중 녹색 안내장을 보십시오. 각 계획마다 그 계획에 대해 귀하가 질문이 있으면 전화할수 있도록 전화번호가 있는 별도의 안내장이 있습니다.
- 이 서류들 가운데 있는 짧은 책자를 읽으십시오. 그것은 귀하가 귀하의 계획을 선택하기 전에 생각해야 할 것들을 제공합니다.
- 만일 귀하가 이용하기 원하는 어떤 의사가 있으면, 귀하가 귀하의 계획을 선택하기 전에 그들에게 전화해 저들이 들어 있는 계획이 무엇인지 알아 보십시오. 한번 귀하가 어느 계획에 들면, 귀하는 그 계획과 함께 하는 의사만 이용해야 합니다. 귀하는 이 신청서의 뒷면에 귀하가 원하는 의사들을 요청할수 있습니다.

귀하 자신과 귀하의 의료 확인 카드상의 다른 사람들을 위해 귀하가 어떤 건강 계획을 원하는지 아래에 적으십시오.

## 2. 귀하의 의료 확인 카드에 들어 있는 사람중에 누가 임신중 입니까?

귀하나 아니면 귀하의 의료 확인 카드에 들어 있는 사람중에 누가 임신중 입니까?

아니오

예 → 임신중인 사람은? 이름: \_\_\_\_\_ 해산 예정일: \_\_\_\_\_

그녀의 임신을 위해 이 사람이 보는 의사 또는 다른 의료 제공자는?

의사 이름: \_\_\_\_\_ 사무실 전화번호: \_\_\_\_\_



뒷장으로 가십시오. ► ►

**3. PCP(일차 의료 제공자)로 귀하가 이용하기 원하는 의사들을 요청하십시오.** 일단 귀하가 선택한 건강 계획에 가입하면, 귀하는 귀하의 건강 관리 대부분 또는 전부를 위해 이 계획내의 한 의사에게 갈 것입니다. 이 사람을 귀하의 PCP라고 부르는데 그것은 일차(Primary) 의료(Care) 제공자(Provider)라는 뜻입니다. 귀하의 PCP는 의사, 개업 간호사, 또는 의사 보조사가 될수 있습니다.

귀하나 의료 확인 카드상의 모든 사람은 귀하가 선택한 계획에 있는 PCP 래야 합니다. 만일 귀하에게 귀하의 PCP로 이용하고자 하는 의사가 있고, 그들이 귀하가 택한 계획에 같이 하는 것을 귀하가 알면, 그 이름들을 아래에 적으십시오. 어떤 의사들은 한 가지 이상의 헬티 옵션 건강 계획에 들어 있다는 것을 기억하십시오.

귀하가 택한 건강 계획이 귀하가 아래에 적은 PCP 이용해도 좋을지 귀하에게 알려줄 것입니다. 만일 귀하가 이 신청서에 아무 PCP이름도 적지 않으면, 귀하가 가입한 다음에 귀하의 건강 계획이 귀하가 PCP를 찾는 것을 도와줄 것입니다.

귀하의 의료 확인 카드에 나온 사람의 이름	귀하는 이 사람을 위해 어떤 의사를 PCP로 이용하고자 하십니까? (귀하가 PCP 적은 모든 의사들은 귀하가 이 신청서의 다른 면에서 선택한 건강계획에 들어 있어야 합니다. 확실치 않으면 그들에게 전화하십시오.)
PCP의 이름:	사무실 전화번호
만일 귀하의 의료 확인 카드에 다른 이름들이 있는데 그들의 이름이 여기에 나오지 않았으면, 그들의 이름과 그들이 이용하고자 하는 PCP의 이름을 별지에 적어주십시오.	

#### **4. 특별 건강 관리의 필요가 있는 아이들**

귀하의 의료 확인 카드에 나온 아이들 중에 특별한 건강 상태 또는 발육부진의 아이가 있습니까?
<input type="checkbox"/> 아니오
<input type="checkbox"/> 예      →      아이(아이들)의 이름과 특별 건강 상태(들)을 적으십시오.

**5. 이 가입서 신청서를 보내십시오.** 귀하가 이 신청서의 양면을 다 작성했으면, 이 서류들과 함께 온 반송봉투에 넣어서 보내십시오(우표는 필요 없습니다). 봉투가 없으면 이 양식을 다음 주소로 보내십시오. Healthy Options, DSHS, PO Box 45505, Olympia WA 98504-5505.